

28–29 АПРЕЛЯ 2022

СТАВРОПОЛЬ

Посвящается 80-летию со дня рождения Ю.Б. Белоусова

VI Съезд терапевтов **СКФО**



СБОРНИК ТЕЗИСОВ



значением САД ($r=0,85$, $p<0,001$), так и ПАД ($r=0,84$, $p<0,001$). При изучении гормонального статуса у женщин в постменопаузе выявлено достоверное снижение уровня эстрадиола, как у женщин с АГ, так и в ГК ($p<0,001$ и $p<0,01$ соответственно). Также у женщин в постменопаузе с АГ выявлено достоверное ($p<0,001$) повышение альдостерона в крови. У здоровых женщин уровень альдостерона меняется незначительно ($p>0,05$). Также, у здоровых женщин с увеличением возраста выявлено снижение уровня пролактина в крови ($p<0,05$). У женщин с АГ в постменопаузе концентрация пролактина увеличивается ($p<0,05$). В группе женщин с АГ в постменопаузе, установлено наличие значимых обратных корреляционных связей между уровнем эстрадиола и ЭТ-1 ($r=-0,67$, $p<0,001$), эстрадиола и САД ($r=-0,66$; $p<0,0001$), эстрадиола и ПАД ($r=-0,45$, $p<0,05$). Прямая зависимость выявлена между ЭТ-1 с уровнем альдостерона ($r=0,72$, $p<0,001$) и пролактина ($r=0,73$, $p<0,001$).

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют, что высокий уровень ЭТ-1 способствует возникновению АГ у женщин в постменопаузе, что свидетельствует о максимальной выраженности ЭД и преобладании вазоконстрикторных эффектов ЭТ-1 в периоде постменопаузы. Выявленные корреляционные связи подтверждают патогенетическую роль изменения гормонального статуса в прогрессировании эндотелиальной дисфункции и повышении АД.

Мобильное приложение оценки прогноза у больных хронической сердечной недостаточностью с учетом функционального состояния почек

Камилова У. К., Машарипова Д. Р., Закирова Г. А., Бекназарова С. С., Абдуллаева Ч. А., Атаходжаева Г. А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент

Цель. Оценить факторы неблагоприятного прогноза у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с учетом функционального состояния почек с применением мобильного приложения. Материал и методы. Обследованы 150 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с I–III функциональным классом (ФК) ХСН. Всем пациентам проводили: эхокардиография с оценкой конечно-диастолического и конечно-систолического объемов и размеров левого желудочка (КДО, КСО и КДР, КСР ЛЖ), фракции выброса (ФВ) ЛЖ, индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ); при проведении доплерографии брахиоцефальных артерий и почечных артерий оценивали показатель толщины интим-медии (ТИМ) на уровне общей сонной артерии (ОСА), резистивного и пульсационного индекса (RI и PI) на уровне правой и левой почечной артерии; определяли уровень сывороточного креатинина (Кр), расчетным методом скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле СКД-ЕPI в мл/мин. Иммуноферментным методом определили уровень альдостерона и ангиотензина II.

Результаты. Для создания мобильного приложения с оценкой значимости параметров в прогнозировании течения ХСН с учетом функции почек использована методика неоднородной последовательной процедуры с разработкой дифференциально-диагностических таблиц (ДТ) в три этапа: первый – исследование вероятности признака при ХСН в зависимости от степени тяжести, вычисление диагностических коэффициентов (ДК) и определение информа-

тивности (J) каждого признака; второй этап – составление ДТ, с включением признаков, имевших высокую J (более или равной 0,5), определение их чувствительности (Se), прогностической значимости; третий этап – выбор диагностических порогов (суммы ДК), позволивших принять правильное решение. Для оценки значимости признаков при прогнозе течения ХСН были отобраны следующие диагностические показатели: структурно-геометрические параметры ЛЖ (КДР, КДО и КСР ЛЖ, ФВ ЛЖ, ИММЛЖ, ISd и ISs), параметры сосудистого ремоделирования (ТИМ на уровне правой и левой ОСА), показатели почечной функции (рСКФ), уровень NTproBNP более 300 пг/мл и Ал более 200 пг/мл. Прогностически значимыми для определения неблагоприятного течения ХСН оказались: наличие ФВ менее 50%, увеличение КДО более 137 мл, КСР более 43 мм, снижение рСКФ менее 60 мл/мин, увеличение уровня альдостерона более 200 пг/мл и ангиотензина II более 100 пг/мл.

Выводы. У больных ХСН с дисфункцией почек ранними неблагоприятными прогностическими признаками являются: наличие ФВ менее 50%, увеличение КДО более 137 мл, КСР более 43 мм и снижение СКФ менее 60 мл/мин, III тип диастолической дисфункции ЛЖ, повышение уровня альдостерона и ангиотензина II.

Нейрогуморальные факторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у больных хронической сердечной недостаточностью, перенесших COVID-19

Камилова У. К., Рахимов А. Н., Машарипова Д. Р., Закирова Г. А., Ермакбаева А. У., Назаров Н. Н., Икрамова Ф. А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение показателей нейрогуморальных факторов РААС у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших COVID-19.

Материал и методы. Обследованы 150 больных I–III функциональным классом (ФК) ХСН, перенесших COVID-19. Всем пациентам иммуноферментным методом определили уровень ренина, ангиотензина II и альдостерона. Для оценки параметров нейрогуморальной системы у больных с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от уровня фракции выброса левого желудочка (ЛЖ) все обследованные больные были подразделены на 3 группы исследования по данным эхокардиографии: I группу составили 106 больных ХСН ФК I–III с ФВЛЖ более 50%, II группу составили 31 больных ХСН ФК I–III с уровнем ФВЛЖ 49–40% и III группу составили больные с ХСН ФК I–III, имеющих ФВЛЖ менее 40% ($n=13$). Результаты. Анализ показателей нейрогуморальной системы при различной тяжести ХСН в зависимости от уровня ФВЛЖ показал, что уровень ренина в плазме крови значительно различалось у больных ХСН ФВЛЖ>50% и ФВЛЖ (49–40%) составило 26,61% ($p<0,001$). По мере нарастания тяжести ХСН в III группе больных со сниженной ФВЛЖ менее 40% отмечалась более выраженное нарастание данного показателя на 32,02% ($p<0,001$) по отношению к данной I группы ФВЛЖ>50%: значение ренина крови составило 71,43±5,41 МкМЕ/мл против 54,93±1,07 МкМЕ/мл (выше на 23,1%; $p<0,001$). Анализ уровня ангиотензина II показал нарастание данного параметра по мере усугубления тяжести ХСН. У больных с ФВЛЖ>50% данный показатель составил 70,83±1,45 пг/мл,